



TITLE:

臨床瑣談

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床瑣談. 日本外科宝函 1938, 15(1): 90-101

ISSUE DATE:

1938-01-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204905>

RIGHT:

臨 床 瑣 談

潛侵熱ノ3例ニ就テ

吉 野 位 (京都外科集談會昭和12年10月例會所演)

3例共通ノ主訴。突如惡感戰慄ヲ伴ヒテ表ハルル高熱

第1例：24歳，男（第1表）

昭和12年8/V電車ト衝突シ右大腿骨ノ皮下骨折ヲ來シ15/V觀血的ニ骨副木及ビ銀線ヲ以テ固定手術ヲ受ケ，手術創ハ感染セシモ，22/Vニハ完全ニ治癒セリ。尙右下肢ハ全長ニ亙リ23/V以來Lギプス¹繃帶固定ヲナス。體溫ハ7月下旬以來平熱ヲ續ク。16/IXLギプス¹繃帶交換ノ際右足踵部ニ拇指頭大ノ褥創ヲ發見。軟膏療法ニ依リ漸時小トナル。尙患者ハLギプス¹繃帶ヲ施セル儘9月初旬ヨリ歩行ス。

然ルニ繃帶交換ニ關係ナク，其他誘因無ク，30/IX日午前8時半頃突然惡感戰慄ヲ伴ヒ發熱39.5°Cヲ來シ2～3時間ニシテ平熱ニ復セリ。發熱時ハ通常ノ熱症狀ヲ見ル他咽頭，扁桃腺少シク發赤ス。胸腹部臓器ニ異常ヲ認メズ。右下肢ハLギプス¹繃帶ノ爲全部ヲ見ルヲ得ザルモ手術痕部ニ急性炎症候ヲ認メズ。足踵部褥創ニ特別ノ變化ヲ認メズ。唯下腿外側上部ニ輕度ノ疼痛ヲ訴フルノミ。無熱時ハ何等ノ障礙ヲ認メズ。翌1/X夜，翌々日2日夜モ同様ニシテ40.1°Cノ高熱ヲ來シ其ノ後ハ平熱ヲ續ク。此處ニ於テ6/XLギプス¹繃帶ヲ除去セルニ腓骨小頭部ニ拇指頭大ノ褥創ヲ發見セリ。其ノ周圍ハ livid rot デ潰瘍面ニハ膿性淡黃灰白色ノ苔ノ附着ヲ見此ノ部ニ壓痛アリ。依テ之ヲ清潔トシ軟膏療法ヲ行ヒシ處其ノ後發熱ヲ見ズ。

第2例：29歳，男（第2表）

肛門部ノ有痛性腫脹ヲ主訴トシ來レル肛門周圍膿瘍ノ患者ニシテ5/X切開，多量ノ膿排出。術後 Dankern 20cc，25%葡萄糖液 50cc ノ靜脈内注射。翌朝25%葡萄糖液 50cc ノ靜脈内ニ注射セシニ，30分後急ニ惡感戰慄ヲ伴ヒテ40°Cノ高熱ヲ見タリ。此ノ時膿排泄ハ充分ニシテ澀溜ヲ認メズ。其ノ他身體何處ニモ發熱原因ト思ハル所見無シ。此ノ熱ハ2～3時間ニシテ去リ以後斯ル發作ヲ見ズ。

第3例：24歳，男（第3表）

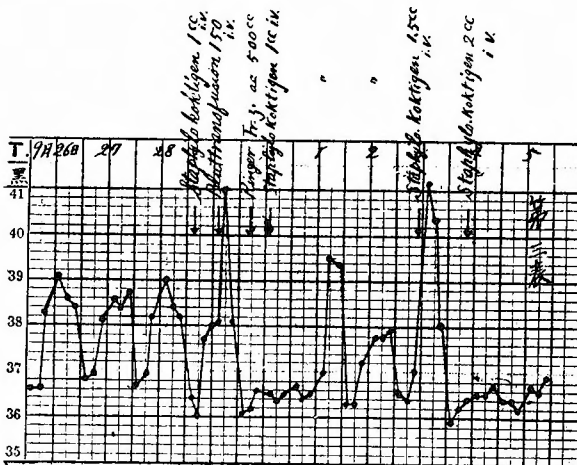
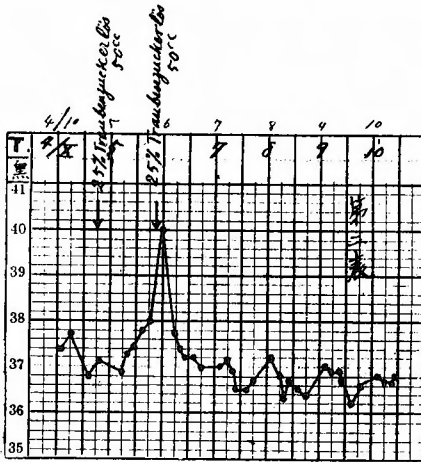
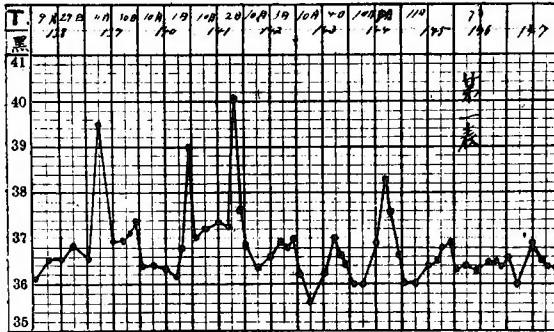
廻首部疼痛ヲ主訴トシ急性蟲様突起炎ノ診斷ノ下ニ昭和12年11/IX入院，同日蟲様突起切除術ヲ受ク。術後3日ヨリ右膝關節内側ニ發赤，腫脹，熱感，疼痛ヲ來シ，關節ノ屈伸ハ爲ニ妨ゲラレ，38°C前後ノ弛張熱ヲ續ク。但シ手術創ハ7日引拔絲，第I期癒合ヲ爲セリ。腫脹ハ其ノ後少シク増大ス。

30/IX150ccノ輸血ヲ行ヒシニ約30分ヲ經テ急ニ惡感戰慄ヲ伴ヒ41°Cノ高熱ヲ出ス。3時間後下熱。此ノ時手術創部ニ急性炎候ヲ認メズ。又心，肝，肺ニ異常ヲ認メズ。膝關節部ノ腫脹ニ惡化ノ微ヲ認メズ。又3/X葡萄狀球菌¹コクチゲン¹1,5ccノ靜脈注射ヲ行ヒ約30分後同様ノ發熱41.2°Cヲ出ヘ。又他ノ日ニモ同様ノ注射ヲ行ヒシモ斯ル發熱ヲ見ズ。

總括：以上3例ニ共通ナルハ突如惡感戰慄ヲ伴ヒテ高熱ヲ來シ，短時間ノ後下熱シ後ニ何等發熱前ト異ル障礙ヲ殘サザル點ナリ。

考察：體溫上昇ハ熱刺及ビ神經性熱ヲ除キテハ何レモ異物（微生物，膠質其他ノ微粒子，水溶性物質及ビ之等ノ混合物多クノ場合細菌及ビ細菌毒素）ガ流血中ニ侵入シ熱中樞ヲ刺激シテ起ルモノナリ。以上3例ノ如キ一過性高熱ハ炎術ニ於ケル如ク異物が持續的ニ侵入シ之ガ漸次喰燼サルル時ノ現象ト解スルヲ得ズ。上述原因中ノ或物ガ一時ニ一定量以上侵入シ此ノ原因ニ對シ體ガ反應シ而モ短時間ニシテ體ノ反應域以下ニ喰燼又ハ排泄シ盡サレシモノト見做サル。

鳥瀉教授ハ斯ノ如キ熱型ヲ從來吾々ノ學ビ知レル 1) 稽留熱, 2) 弛張熱及ビ 3) 間歇熱ト區別シ, 潛侵熱 (Invasionsfieber) ト命名サレタリ。



然ラバ此等3例ノ高熱ノ原因如何ヲ探ヌルニ第1例ニ於テハ侵入門戸トシテ2ツヲ考ヘ得。1) ハ6/X「ギプス」繃帶除去ニ際シ腓骨小頭部ニ發見セラレシ褥創性潰瘍ニシテ, 2) 「ハ骨接合」= Knochen-span 及ビ銀線ヲ用ヒ, 而モ此ノ手術創感染セルコトヨリ深部ニ細菌ガ deponieren サレ之ガ一過性ニ流血内ニ侵入セリトモ考ヘラル。サレド後者ノ如キ場合ニハ多クノ場合炎症性發熱ノ熱型ヲ取ルモノニシテ, 一定期間持續スルカ或ハ其レニ移行スルモノナルモ本例ニ於テハ第1表ニ示ス如ク3回ノ一過性發熱ヲ見, 「ギプス」繃帶除去後褥創ノ治療ニ依リ其後發熱ヲ見ザル事ヨリセバ細菌或ハ其ノ毒素此ノ部ヨリ侵入セシモノト思ハル。

第2例ニ於テハ肛門周圍ノ排膿ハ充分ニシテ其ノ後ノ經過中創部並ニ他臟器ニ異常ヲ認メザリシニ葡萄糖液靜注後30分ニシテ起リ, 此時以外ニ發熱ヲ見ズ。之ハ所謂 Ehrlich ノ Wasserfieber トシテ古來認メラレシモノニシテ定型の潛侵熱ト考フ可キモノナリ。一般ニ葡萄糖液ハ細菌ニ對シ極メテ良好ナル培養基ナルヲ以テ其ノ使用ニ當リテハ充分吟味サル可キハ勿論, 同時ニ使用セラレシ他ノ例

＝スル發熱ヲ見ザルヨリ、此ノ注射ノ際注射液、器具或ハ操作ノ汚染＝起因スルモノトモ考ヘ依ツテ速カ得ルガ故＝細菌性侵入＝依ル潛侵熱タルコトハ疑フ餘地無シ。

第3例＝於テモ29/Ⅸ及ビ1/Ⅹノ高熱ハ其ノ前日迄ノ炎症＝依ル熱ト異リ注射＝關聯セル Transfusionsfieber 及ビ Wasserfieber ＝屬スル潛侵熱ニシテ之ハ輸入血液ガ種々ノ變化ヲ受ケ其ノ Heterogenität 高マリ異物トシ作用スルモノニシテ操作ノ過誤＝基因スルコト多シ。之又注射＝關連シ異物ガ一時＝一定量以上侵入セル＝依ル潛侵熱タルコト疑フ餘地無シ。

結論：吾々ハ最近遭遇セル3例ノ定型の潛侵熱＝就キ述ベ從來臨床上區別サレタル稽留熱、弛張熱、間歇熱ノ他＝潛侵熱ナル1型ノ存スルコトヲ明ニセリ。スル熱型ハ其ノ型ノ上ヨリ見ル時ハ全ク異ニスルカノ如ク見ユルモ、原因の本態のニハ同一ニシテ唯侵入セル異物＝對スル作用方式ノ異ル＝依リ相異ル型ヲ取ルモノト理解セラル。即チ異物(熱原質)ガ一過性＝血中＝移行シ短時間内＝喰燼セラルル時ハ潛侵熱トシ現ハレ、連續的過程トシ血中＝侵入シ或ハ重複的＝血中＝移行シ不規則的＝斷續シテ喰燼サルル時弛張熱トシテ現ハレ其ノ著明ナル場合ハ間歇熱トシテ現ハル。稽留熱ハ血行内異物侵入ト喰燼機轉トノ平衡狀態ト理解セラルル場合ナリ。

臨床上潛侵熱其物ハ危險ナルモノニ非ザルモ、之ハ異物侵入門戶存在ヲ警告スル1ノ信號ト見做ス可キモノナルヲ以テ嚴ニ之ガ原因ヲ探研シ適切ナル處置ヲ構ズ可キモノナリ。

Staphylococcosis ノ1例＝於テ觀察シタルOpsonin ノ診斷的價值＝就テ

金 將 星 (京都外科集談會昭和12年10月例會所演)

患 者：58歳，婦人

主 訴：兩側背部及ビ下腹部＝於ケル多發性有痛性腫脹

現病歴：本年8/Ⅳ，右側背部＝激烈ナル搔痒ヲ感ジ，該部ヲ搔キタル所，漸次發赤腫脹シ，熱感ヲ伴ヒ腫脹ノ度ヲ増シ，遂ニ化膿＝陥リ，粘稠ナル膿汁ヲ排泄スルニ至ル。15/Ⅸ，更ニ左側背部及ビ下腹部＝モ亦タ同様ナル發赤腫脹ヲ來シ，多少ノ疼痛ヲ訴フ。

既往症：生來著患ヲ知ラズ，糖尿病ヲ想ハシムル如キモノナシ。

現 症：體格中等，稍々貧血，榮養稍々衰フ。背部及ビ腰部13個處＝拇指頭大ノ灸痕アリ。之レニ觸ルルモ壓痛ヲ訴ヘズ。

局所々見：右側背部＝化膿病竈ヲ認ム。其ノ大サ約3.0×1.9釐，橢圓形，健康皮膚ヨリ少シク膨起シ周圍トノ境界稍々不明，甚ダ硬靱ナリ。觸診スルニ稍々熱感アリ，壓痛ヲ訴フ。中央部ニ於テハ拇指頭大ノ蜂巢狀＝群生シタ膿疱ガ破レ粘稠ナル膿汁ヲ排泄スルモ，壞疽組織ヲ認メズ。

左側背部及ビ下腹部＝モ，夫々大サ約2.1×1.5×0.5釐及ビ1.5×1.2×0.4釐ノ丘狀膨起ヲ認メ，周圍＝強度ノ發赤帶アリ，次第＝健康部ニ移行ス。中央部ハ弾力性軟，波動ヲ觸レ多少ノ熱感ト壓痛ヲ伴フ。

診斷：Staphylococcosis

處置：毎日朝夕 Staphylokokken-Koktigen 1.0cc宛ヲ皮下ニ注射シ，Ⅱ.ツ局所ニ Staphylokokken-Koktigen 軟膏ヲ貼用シタ。

手術：左側背部及ビ下腹部ノ腫脹部ノ波動著明ナル部ニ夫々約2cmノ切開ヲ加ヘ極メテ粘稠ナル膿汁極ク少量ヲ排出ス。

膿汁ヨリ培養上黃色葡萄狀球菌ヲ證明ス。

經過：第1回ノ Koktigen 注射並ニ Koktigen 軟膏貼付翌日ニ既ニ壓痛，搔痒感等ノ自覺症狀全ク去リ，

血液像

検査 月 日	赤 血 球 數 (萬)	血 色 素 量 (サ ー リ ー)	白 血 球 像													大 移 行 核 及 型
			總 數	中 性 嗜 好 細 胞					「 ン エ 」 嗜 好	鹽 好 基 細 胞	淋 巴 細 胞					
				骨 型 髓	幼 型 若	桿 核 狀 型	多 型 核	計			大	小	計			
28/X	410	80	9600	0	0	4	49	53	1	0	6	35	41	5		
30/X	448	81	18400	0	2	11	58	71	0	0	3	20	23	6		
5/X	413	82	12800	0	1	7	61	69	0	0	5	22	27	3		
10/X	440	79	16200	0	1	3	48	52	1	0	4	40	44	3		
14/X	425	81	11400	0	0	6	51	57	0	0	7	32	39	4		

Opsonin 検査

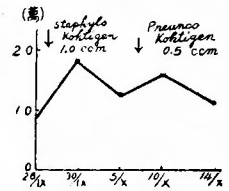
(1) 黄色葡萄球菌ニ對スル Opsonin 値

検査月日	白 血 球 100 個 中			Opsonin 係數
	喰細胞數	被喰菌數	喰菌子數	
29/X	10	18	28	1.0
30/X	32	63	95	3.4
9/X	25	38	63	2.25
10/X	29	51	80	2.85
12/X	21	41	62	2.22
14/X	23	30	53	1.82

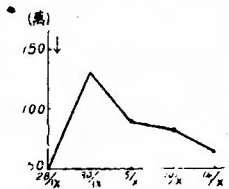
(2) 肺炎双球菌ニ對スル Opsonin 値

検査月日	白 血 球 100 個 中			Opsonin 係數
	喰細胞數	被喰菌數	喰菌子數	
9/X	23	34	57	1.0
10/X	27	45	72	1.26
12/X	25	38	63	1.11
14/X	19	28	47	0.83

白血球總數



中性嗜好細胞絕對數



創面及ビ創縁ハ極メテ清拭セラレ、第3日目ニハ膿疱ヲ認メズ、入院後2週日ニシテ殆ソド全治退院ス。

考察：Staphylokokken-Koktigen 皮下注射及ビ Staphylokokken-Koktigen 軟膏ノ局所貼用24時間後ニ於テ黄色葡萄球菌ニ對スル患者血清ノ Opsonin 係數ガ特異的ニ而モ過敏性ニ充進シタル事實及ビ反之、喰菌現象ハ鋭敏ナル反應ヲ示ス肺炎双球菌ニ對スル患者血清ノ Opsonin 係數ガ比較的著明デナカツタ點ハ特ニ注目スベキ點デアツテ、本症例ガ Staphylo-mycosis デアルコトヲ免疫學的ニ立證シ得タモノデアル。

翻ツテ本例ニ於ケル血液像ノ變動殊ニ白血球像ノソレト opsonischer Index ヲ見レバ Koktigen 注射及ビ Koktigen 軟膏貼用ニ依ツテ惹起セラレタ白血球增多症殊ニ中性嗜好細胞增多ニ伴ヒ其レニ比例シテ喰菌作用ガ亢進シ、コレト identisch

ナル免疫性能働力ヲ得、皮膚ノ該菌ニ對スル抵抗力ヲ増強シ、該病毒ノ侵襲ヲ阻止スルコトニニ治癒機轉ヲ促進センメタコトヲ知ツタ。

要之、吾々ハ偶々遭遇シタル Dermatomycosis = 就テ Opsonin ヲ檢索シ、其ノ成績ヨリシテ Staphylomycosis ナリシコトヲ診斷シ得、且ツ Koktigen 注射及ビ Koktigen 軟膏療法ニ依リ極メテ速カニ治癒セシメ得タルモノデ、所謂 immunologische Trias ヲ臨床的ニ立證シ得タト信ズルモノデアル。

Kausalgie = 於ケル交感神經節切除治驗例

吉 野

位 (京都外科集談會昭和12年10月例會
第45回近畿外科學會(昭和12年11月7日)所演)

第1例：48歳，男

主 訴：左肩部ノ發作性疼痛

現病歴：10歳ノ頃左頸部及ビ肩胛部ニ外傷ヲ受ケ、其ノ後頸部ハ右傾シ、左上肢全長ニ互リ弛緩性運動障礙ヲ來シ、且ツ筋萎縮、知覺麻痺ヲ來セリ。15歳頃ヨリ郵便配達ヲ爲シ靴ノ紐ヲ左肩ニ掛ケルヲ常トセシガ、16〜17歳頃ヨリ左肩胛部、左上肢ニ正確ニ部位ヲ示シ得ザル發作性疼痛ヲ來ス様ニナレリ。氣候ノ變遷ニ由ル影響無シ。此ノ爲ニ38歳ノ時、左肩胛關節離斷術ヲ受ケシモ疼痛發作ハ去ラズ。近來發作ハ益々頻數トナリ、殊ニ夜間ニ多ク、耐ヘ難クシテ「パヴィナール」其ノ他ノ注射ヲ受クルヲ常トス。

食慾良好。睡眠ハ疼痛ノ爲障礙セラル。便通1日1行。酒菓ヲ嗜マズ。

既往症、遺傳的素因ニ特記ス可キコトナシ。

局所々見：頭ハ右傾シ、左肩ハ著シク舉上サル。左上肢ハ無ク左肩胛關節ノ有ル可キ部位ハ超手拳大類球形ヲ呈シ其ノ中央ニ約8cmノ手術痕痕存ス。此ノ部ノ皮膚ノ色尋常、觸診上、熱感、冷感、壓痛無ク内部ニ異常ノ腫瘍ヲ證明セズ。左側ニテ略々頸髓第Ⅳ及ビ第Ⅴ節ヨリノ皮膚神經領域ニ痛覺、觸覺ノ麻痺ヲ證明ス。脊柱ハ頸部左凸、胸部右凸ノ側彎ヲ示シ叩打痛無シ。其ノ他血液像ニ變化無ク、ワ氏反應陰性。腰椎穿刺ニテ Queckenstedtsches Phenomen 陽性即チ脊髄液腔ニ交通ノ障害ヲ證セズ。

レ線檢査：頸椎體及ビ椎間體著シク扁平ニシテ且廣シ。「ミエログラフィー」ニテ脊髄液腔ノ狹窄ヲ證明セズ。

診 斷：外傷ニ由ル Kausalgie

手 術：下頸及ビ第Ⅰ胸部交感神經節切除術

術後經過：術後極ク輕度ノ疼痛存セシモ8日目ヨリハ消失ス。瞳孔左右不同、眼瞼下垂ヲ來サズ。

考察：本例ハ其ノ既往歴ニ依リ明ナル如ク、頸部外傷ニ由リ左上肢、肩胛部其ノ他ニ知覺麻痺ヲ來シ、且之ニ引キ續キ發育障礙筋萎縮等ノ榮養障礙ヲ惹起シ、引キ續キ同部ト思ハルル部位ニ激烈ナル疼痛發作ヲ訴フルニ至レル定型的ノ Kausalgie ト認ム可キモノニシテ、Myelographie ニテ脊髄液腔狹窄等何等ノ所見ヲ證セザリシ事ヨリ脊髄内刺戟ニヨル Anästhesia dolorosa ハ全ク否定シ得。即チ本例ハ頸部外傷ノ際頸髓神經ノ主トシテ第Ⅳ、第Ⅴノ部ニ損傷ヲ受ケ其ノ配下ニ知覺麻痺ヲ來シ、程經テ vasomotorische trophische Störung ト共ニ左上肢ニ部位不明ノ疼痛發作ガ現ハルルニ到レリト理解スベキデアルガ、斯ル疼痛ノ本態ニ就キテハ現今尙不明ノ點ハ存スルモ、動脈管滑平筋ノ痙攣ガ vasomotorische trophische Störung ニ由ル交感神經性拮抗ノ失調トシテ惹起サルルコトハ疑フ餘地無シ。即チ斯ル疼痛ハ血管痛ト理解サルルモノナリ。此ノ意味ニ於テ此ノ部位ノ血管神經ノ重要ナル徑路タル上述交感神經節ノ切除ハ原因療法トナリ得。之ニヨリ疼痛ノ消失ヲ來シタルハ此ノ解釋ヲ證明ス。

第2例：24歳，男

主 訴：右上膊切斷端ニ於ケル疼痛

現病歴：約1年前左上肢ニ挫創及ビ骨折ヲ受ケ4ヶ月前左上膊ノ上1/3ヲ殘シ切斷術ヲ受ケ、2ヶ月前、創ハ治癒セルモ常ニ斷端ニ鈍痛ヲ訴ヘ、壓痛著明ニシテ且切斷シ去ラレタル拇指、示指、中指ニ時々疼痛アリ。

既往症、家族歴、特ニ記スベキコトナシ。

局所々見：左上肢切斷端ニハ超鶏卵大ノ二次的治癒ヲ爲セル瘢痕アリ。此ノ部ニ急性炎症候ヲ認メズ。觸診上左肩胛部及ビ殘存上膊ニ冷感アリ。斷端ニ異常ノ硬結腫瘤ヲ證セズ。殘存上膊内側ニハ壓痛著シク、且此ノ部ヲ壓スルニ既ニ無キ拇指、示指、中指ニ激痛ヲ訴フ。

診 断：切斷端神經痛

手 術：腋窩神經ニ神經瘤ヲ發見シ之ヲ除去ス。

術後経過：壓痛ハ消失セルモ尙手指ノ鈍痛ハ存ス。此ノ疼痛ニ對シテハ Kausalgie ノ診斷ノ下ニ再手術。下頸並ニ第Ⅰ、第Ⅱ胸部交感神經節切除術。術後疼痛ハ第Ⅰ回手術後ト變化無シ。局所冷感ハ消失シ、Horner氏症候群出現ス。

考察：本例ハ上膊切斷術後、上膊内側ノ壓痛並ニ腕關節以下ニ不定ノ疼痛ヲ來セルモノニシテ、第1回神經瘤切除手術ニヨリ壓痛消失。之ハ神經瘤自身ニ依ルモノト解ス可キモ殘存疼痛ニ就キテハ交感神經平衡ノ失調ニ依ル Kausalgie 以外ニ考フ可キ原因ヲ發見シ得ズ。依テ上述神經節ヲ切除セルモ疼痛去ラズ。蓋シ血管ヲ支配スル交感神經ハ全部脊髓ヲ經由スルモノニ非ズシテ脊髓ト關係無ク直チニ中樞ト關連スル纖維モアルガ故ニ、交感神經節狀索ノ除去ニヨリ Kausalgie 性疼痛ガ治セザル場合アリテモ敢テ怪ムニ足ラザル所ナリ。

結論：吾々ハ最近上肢ニ於ケル Kausalgie ト思ハルル2例ヲ經驗シ、下頸並ニ第Ⅰ乃至第Ⅱ胸部交感神經節切除術ヲ行ヒ、1例ハ治癒セシムルコトヲ得、他ハ效ヲ見ズ。サレドスノ如キ上肢疼痛ニ際シテハ上記交感神經節切除ハ一應ハ試ム可キモノナリト思惟ス。

「ケーソン」病ニ依ル貧血性攣縮ノ1例

甲 賀 嘉 六 (第45回近畿外科學會(昭和12年11月7日)所演)

三重縣志摩ノ海ノ「天グサ」取りニ従事セル海女ノ間ニ通稱「ウデ」(腕)ト呼バレテ居ル一種ノ職業病ノ本態ニ就キ報告ス。一般ニ海女ハ14—15歳ヨリ仕事ニ従事シ毎年4月ヨリ8月マデ殆ド毎日、殊ニ熟練セル海女ニ於テハ30—40「メートル」ノ海底ニ裸體ノマヽ沈下シ數分間作業シ再ビ急激ニ海面ニ浮上スル事ヲ繰返ス。

患者ハ27歳ノ健康ナル海女デ當日平常ノ如ク作業シ船端ニ兩腕ヲ掛ケテ休息セルニ突然兩腕ニ鈍痛ト「シビレ」感ヲ呈シ手指ノ運動不如意トナリタルモ續ケテ作業ヲ繰返ス中ニ前腕部ニ疼痛性腫脹ト腕關節ノ硬直トヲ來シ直チニ業ヲ休ミ以來醫療ヲ受ケタルモ治癒セズ。全身狀態ハ全く健康ニシテ何等特記ス可キ點ナシ。局所ノ兩側前膊部ハ極メテ硬キ疼痛性硬結ヲ見、腕關節並ニ手指ハ共ニ屈折位ヲ呈シ典型的ノ貧血性攣縮ヲ呈ス。

貧血性攣縮ナルモノガ如何ニシテ發生スルヤニ就キ考察センニ、一般ニハ動脈血ノ灌流障礙ト考ヘラルルモ事實ハ左程簡單ナラズ、動物實驗ニ於テ股動脈ヲ結紮セバ末梢組織ハ直チニ弛緩性麻痺ヲ呈スルモ、遂ニ攣縮ヲ生ズルニハ至ラズ。而ルニ是ニ Gips 固定ヲ行フ時ハ2—3時間ニシテ強度ノ攣縮ヲ來ス。然リト云ヘドモ前以ツテ脊髓ノ後根ヲ切斷シオク時ハ斯ル攣縮ハ發生スル事ナシ。斯ル點ヨリ考フルニ貧血性攣縮ナルモノハ、動脈血ノ灌流中止ノミナラズ、壓迫ニ依ル組織自體ノ假死 (Asphixie) 並ニ神經トノ關係ガ相互ニ作用シテ出現スルモノト考ヘラル。

然ラバ患者ニ如何ニシテ筋攣縮ノ生ゼルヤヲ考フルニ、斯ノ潜水夫ガ高壓ノ「ケーソン」中ニ於テ作業スルト全ク同様ナ状態ノ下ニ常ニ30—40メートルノ海底ニ於テ作業スル海女ナル職業ハ「ケーソン」病ニ見ルト殆ド類似ノ症狀ガ出現シ得ルモノニシテ、即チ極度ニ空氣ヲ肺臓内ニ吸入シテ一定時間高水壓ノ中ニ作業スル事ニ依リ窒素「ガス」ガ組織内ニ吸収セラレ、コレガ再び急激ニ低壓ノ海面ニ浮上スル事ニ依ツテ窒素「ガス」ハ血液内、組織内ニ於テ膨脹シテ末梢血管ニ「エンボリー」ヲ生ズルニ至ル。

又實驗的ニ比較的強度ノ Gips 固定ヲ施セル場合ニハ24時間後ニハ神經纖維ニ顯微鏡的變化ヲ生ジ、48時間ニ至レバ神經ノ oedematöse Stauung ヲ現ハシ、次第ニ炎症性症狀ヲ呈シ、7週間ニ至レバ遂ニ強度ニ變性萎縮スルニ至ル。此處ニ鑒ツテ考フルニ海女ガ海面ニ浮上セル場合兩側前膊ノ尺骨側ヲ船端ニカケ身體ヲ支フル事ヲ繰返ス事ニ依ツテ尺骨神經ノ壓迫麻痺ガ遂ニハ變性萎縮ニマデ至ル事ガ考ヘラル。更ニ又船端ニ兩腕ヲ擧上スルタメ組織内ノ「ガス」集結ガ兩腕ニ殊ニ著明トナリ、之ヲ繰返ス事ニ依ツテ「ガス」粒子ハ血管ノミナラズ、筋肉、皮下組織ニマデ及ビ、タメニ組織ノ Asphixie ヲ生ズルニ至ル。加フルニ組織ナルモノハ疲勞セル場合ハ障碍ヲ蒙リ易キ状態ニ陥ルモノニシテ、海底ニ於テ手ヲ盛ニ使用シテ疲勞セルタメ兩腕ハアテュル障碍ヲ蒙リ易キ状態トナリ、從ツテ以上ノ經過ニ依ツテ貧血性攣縮ノ發生ヲ見ルニ至ル。

故ニ早期ニ安靜、「マツサーヂ」、溫電法等ニ依ツテ組織内ノ「ガス」體ノ吸收ヲ計ラバ治癒シ得ルモ、然ラザル場合ハ組織ハ永久ニ貧血性攣縮ヨリ回復シ得ズシテ遂ニ兩腕ハ使用ニ堪ヘザルニマデ至ル。

海女ナル職業ニ従事スル者モ日本全國トシテハ相當ノ數ニ上ル事故、將來斯ル問題ニ就キ討檢サル、ナラバ興味深カラシ。

縦隔竇膿瘍ノ1例

竹 友 隆 雄 (京都外科集談會昭和12年11月例會所演)

患 者： 満2歳ノ男兒

主訴： 發熱、咳嗽、呼吸頻數及ビ右頸側ノ有痛性腫脹

現病歴： 本年15/X(入院前35日)突然39°Cノ體溫上昇アリ。同月20日頃ヨリ、次第ニ呼吸數ヲ増加ス。5/X頃ヨリ咳嗽現ハレ、漸次一般状態ノ惡化ヲ來ス。8/X、右側鎖骨上窩部ニ拇指頭大ノ有痛性腫脹ヲ來シ、漸次大キクナツタ。更ニ同日、右鼠蹊「ヘルニア」ノ有ルニ氣附ク。發病以來嘔吐ヲ來シタ事ハ無イガ、18/X頃ヨリ多少音聲嘶啞ヲ來ス。食思不振、便通ハ2日ニ1行。

既往症及ビ家族歴： 特記スベキ事ナシ。

現在症： 體格中等、營養稍々衰へ、意識明瞭、皮膚蒼白、乾燥シ、顔貌ハ稍々苦悶狀ヲ呈シ、口唇ニハ「チアノーゼ」著明。脈搏頻數1分時約160、整、緊張弱カラズ。呼吸促迫1分時約50。

局所々見： 胸廓ハ左右對稱性、Atemexkursion ニモ差ヲ認メズ。胸壁軟部特ニ Kehlgrube ニハ異常ナル靜脈怒張及ビ浮腫ヲ認メズ。打診上、胸部前面ニ於テ、左右ノ前腋窩線間ハ完全濁音ヲ呈シ、爲ニ心臟濁音界ハ不明瞭ナリ。兩側部及ビ後面ハ一般ニ清澄音ヲ呈ス。

聽診上ニハ濁音部ハ一般ニ呼吸音弱ク、Stimmfremitus 及ビ Bronchophonie ハ減弱ス。左右兩側部及ビ後面デハ、呼吸音ハ一般ニ粗、至ル處ニ乾性囉音ヲ聽ク。心音ハ一般ニ低調ナル外ニ異常ヲ認メズ。右側鎖骨上窩部ニ約鶏卵大ノ腫脹ヲ認ム。表面平骨、コレヲ被フ皮膚ハニハ異常無ク、溫度上昇シ、彈性軟、總テノ方向ヘ波動著明、壓痛アリ。壓迫示界證明サル。

穿刺液所見： 入院當日、前縱隔竇ノ穿刺ヲ試ミシ處、黃綠色、粘稠、無臭、等質性ノ膿汁多量ヲ得、コレヲ染色檢鏡スルニ、肺炎球菌ノミ多數證明サル。右ノ鎖骨上窩部ノ腫脹カラモ全ク同様ノ膿汁ヲ得。

血液所見： 赤血球數582萬、血色素量80(「ザーリ」)デ貧血ハ認メラレナイガ、白血球總數28,300、中性多核白血球50%。

尿所見： 異常ヲ認メズ。

レ線検査： 局所々見ト全ク一致シテ影像ヲ認ム。

胸廓呼吸運動圖：左右異常ヲ認メズ。

診 斷：縦隔竇膿瘍

手術所見：23/X 胸骨稜 (Angulus Ludovici) ノ部デ胸骨ヲ穿孔シ約150cc ノ膿汁ヲ得。腔ハ左右ニ擴ガリ全ク單一ナル腔ノ様デアル。ソコデ穿孔部ニネラトンノカテーテルヲ挿入シテ持續性吸引ニヨル排膿法ヲ構ズ。右頸側ノ腫脹ニモ小切開ヲ加ヘ、全ク同様ノ膿汁約 20cc ヲ得。コノ頸部膿瘍ガ、縦隔竇ト交通ナキコトハ手術前既ニ壓縮性ナキコト及ビ壓迫示界ノ證明サレタ事ニヨリ明カデアツタガ、更ニ手術時、縦隔竇ノ膿汁ヲ排出シタニ拘ラズ、頸部腫脹ニハ何等ノ變化ヲ認メナカツタ事、呼吸運動ニ伴フ腫脹内容ノ運動ヲ認メナカツタ事等ニヨリ、更ニ是ヲ確證シ得タ。

術後経過：全ク順調、胸部前面ノ濁音界モ漸次縮小シ、退院時ニハ胸骨ヲ中心ニ左右ヘ幅 4cm トナル。頸部切開創ハ術後2週間デ治癒ス。血液所見モ退院當日ニハ白血球數ハ9300、中性多核白血球ハ47%トナル。12/X (術後21日目) Angulus Ludovici ノ部ニ拇指頭大ノ肉芽面ヲ殘シタノミデ退院ス。

Empyema necessitatis ノ特異型3例

山 中 四 郎 (京都外科集談會昭和12年11月例會所演)

最近全ク同一症狀、同一臨床所見ヲ示シタル Empyema necessitatis 3例ヲ舉ゲ、之ニ就テ行ツタレ線學的諸検査 1) 單純撮影法、2) 胸部、横隔膜レ線キモグラフィ¹⁾、3) 肋膜腔造影法、4) 氣管撮影法ヲ詳述シ、胸廓運動描寫(石山式)ニ論及シタ。更ニ病原菌ヲ檢索シテ大體次ノ如キ考察ヲ述ブ。

1) 腋窩線ニ當リ比較的 diffus ナル硬結浮腫ヲ示シ、明白ニ炎衝性且ツ經過長キ場合ニハ單ナル軟部ノ疾患ト思ハズシテ、必ズ Empyema necessitatis ヲ考慮ニ入レルベキデアル。特ニ以前ニ胸腔内滲出液アリ、ソレヲ穿刺サレテカラ軟部ノ浮腫ヲ來シタリトノ Anamnesis アル場合ニハ一層此ノ點ニ注意スル必要ガアル。

2) 此様ニ胸壁軟部ヲ比較的慢性ニ犯ス場合ノ Empyemerreger ハ1種類ニ限ラヌ様デアリ、ドノ例デモ單ナル排膿法ダケデハ容易ニ治癒ニ赴カヌモノデ、普通一般ノ Empyem 療法以外ニ何か新シイ治療方針ヲ工夫セネバナラスト思フ。

(追ツテ詳細ハ原著トシテ發表ノ像定)

腸間膜淋巴腺ノ Plasmazytom カ

長 岡 浩
長濱病院 福 知 善 雄 (京都外科集談會昭和12年11月例會所演)

患 者：24歳、女

主 訴：腹部ノ無痛性腫瘍

家族歴：特記スベキモノナシ。

既往症：1男1女アリ。幼少ノ頃ヨリ貧血性ノ質デ、子供ガ生レテカラハ一層著明ニナツタ様デアル。

現病歴：約3年前何等ノ誘因ナク、臍附近ニ鶏卵大ノ無痛性腫瘍アルニ氣附イタ。コノ腫瘍ハ幾分可動性デ且ツ2番目ノ女兒妊娠時ニハソノ大サガ變動スル様ニ思ハレタガ、分娩ノ際ニハ何等支障ヲ感ジナカツタ。便秘ニ傾クモ食欲良好ナリ。

現在症：一般所見ハ體格中等、榮養良、貧血性。淋巴腺ノ腫脹ハ何處ニモ觸レズ、脈搏、呼吸等正常。胸部

臓器、四肢ソノ他ニハ異常ヲ認メズ。血液^ワ氏反應陰性、尿蛋白弱陽性、少數ノ顆粒性圓柱ヲ認ム。

局所々見(腹部)：視診上異狀ナシ。觸診上正中線上ニテ臍ノ下方約2cmノ部ニ鶏卵大ノ球狀腫瘤アリ。境界鮮明、表面平滑、弾力性硬、波動ナク、無痛性。腹壁及ビ下床トハヨク移動シ、呼吸ト關係ナク上下左右僅カニ可動且ツ兩方ノ手指ヲ以テ之ヲ支持シ得。

レ線検査：經口の^Lバリウム⁷投與ニヨルニ腫瘤ハ迴腸部ニアルモ腸管腔陰影トハ無關係ナリ。

經過觀察：初診後4週ノ經過ニ於テ一般榮養ハ次第ニ衰へ、時々腹部ニ鈍痛ヲ訴ヘルニ至レルモ腫瘤自體ニ著明ナル性狀變化ヲ認メズ。

診 斷：腸間膜淋巴腺結核カ、或ハ Meckel 氏憩室ノ1異型カ。

手術所見：開腹スルニ腫瘤ハ A. mesenterica sup. ガ走行スル小腸々間膜底部近クニ在ツテ球形、鶏卵大、表面平滑、稍々黃色ヲ帶ビ、弾力性硬、一見シテ腸間膜淋巴腺ノ腫大セルモノヲ思ハシメ、且ツソノ頂點ニ灰白色軟骨様硬ノ部ヲ認ム。コノ腫瘤ヲ中心トシテ附近腸間膜内ニハ拇指頭大、乃至豌豆大弾力性硬ノ淋巴腺多數ヲ認ム。殊ニ其等ノ一部ハ迴腸々間膜附着部ニマデ及ビ、之等ガ互ニ癒合シテ一部ハ瘢痕性收縮ヲ營ミ、タメニ腸間膜ノ短縮並ビニ一部腸管ノ狹窄ヲ惹起セリ。腫瘤ノ摘出不能ナルタメ單ニ狹窄部ヲ避ケテ迴腸ノ側々吻合ヲ行ヒ、淋巴腺ノ一部ヲ標本トシテ切除ス。

經 過：極メテ良好デ創ハ第1期癒合ヲ營ミ、術前時々訴ヘタ腹部ノ鈍痛モ去ツテ術後13日目ニ輕快退院ス。術後半ケ年後ニハ健康著シク増進シテ可成リノ勞務ニモ堪ヘ得ラレル様ニナツタトイフ。

切除標本：切除淋巴腺ヲ檢鏡スルニ結核乃至惡性腫瘍ヲ思ハシメル像全然ナシ。特異ナルハ健常淋巴濾胞間ノ處々ニ Plasma 細胞ノミノ堆積ヨリナル圓形乃至多角形ノ群ヲ認メルコトニシテ之ハ單ナル Plasma 細胞ノ浸潤デハナク、一種ノ Plasmom ト見做スベキ像デアル。

考察：一般ニ Plasmozytom トハ組織内ニ於ケル Plasma 細胞ノ腫瘤狀堆積デアルト解セラレ2種ニ分類サレテキル。即チソノ1ツハ限局シタ結節ノ貌デ發現スル Plasmozytom 増殖デ之ハ骨髓内又ハ軟部組織ノ處々ニ發生シ、他ノ1ツハ炎症性肉芽増殖又ハ白血病性浸潤ニモ比スベキモノデ一部ノ論者カラハ Lymphogranulomatose ノ1種デアルトサヘ云ハレテキルトコロノ瀰漫性ノ Plasma 細胞堆積デアツテ、之ハ頸部、腋窩、鼠蹊部、腸間膜内等ノ淋巴腺ニ發生スルモノデアル。

本例ニ於テハ腫瘤自身ニ就テハ檢セラレテナイタメニ確證ヲ與ヘルコトハ出來ナイガ、上記切除標本並ビニ臨床所見、經過等ヨリシテ恐ラク diffuse Plasmozytome ニ屬ス可キ腸間膜淋巴腺ノ Plasmozytom ナラント考ヘラレル。

迴盲部放線狀菌症ノ1例

吉 野 位 (京都外科集談會昭和12年11月例會所演)

患 者：73歳、女

主 訴：迴盲部ニ於ケル無痛性腫瘤

現病歴：約8ヶ月前迴盲部ニ無痛性腫瘤アルニ氣附ケリ。腫瘤ハ初メハ徐々ニ、約2ヶ月前ヨリハ急速ニ大イサヲ増シ、腹壁上ニ膨滿シ、1週間前ヨリ皮膚ハ暗赤色ニ着色、一部ハ軟トナル。迴盲部ニハ時々不快感、牽引感アルモ痼痛様發作、嘔氣、嘔吐、糞便ノ異常着色ヲ認メタルコト無シ。5ヶ月前排尿時終末痛、頻尿、赤色尿ヲ來セルモ、約1ヶ月ニシテ治癒セリ。發病以來多少ハ瘦セタルガ如シト。食慾睡眠共ニ良好、便通ハ發病來1日1行。

既往歴：生來著患ヲ知ラズ。性病ハ否定ス。患者ハ京都市ニ生レ京都市ニ育チ、滿鮮地方ニ旅行シタルコ

トモ無ク、職業上枯草、莖、麥藁等ヲ取扱ヒタルコト無シ。

家族歴及ビ遺傳の關係：特記スベキコト無ク殊ニ癌、結核ノ遺傳の素因ヲ認メズ。

局所々見：腹部ハ全體トシテハ膨滿、陷沒ヲ認メザルモ、廻盲部ハ超手拳大、瀰漫性ニ膨滿シ限界不明瞭。皮膚ハ少シク緊張シ、其ノ中央ニ鶩卵大ノ發赤部アリ。表皮ハ薄クシテ光澤アリ。限界明瞭。尙其ノ中ニ2個ノ拇指頭大ノ暗赤色ノ部存シ、下位ノモノハ表皮ノ一部破レ暗赤色ノ分泌物流出シ、其ノ中ニ帶綠灰白色、帽針頭大迄ノ大小不同ノ顆粒狀物ノ混在スルヲ見ル。觸診上腫瘤ハ限界稍々不明瞭ナルモ上ハ臍ノ高サヨリ2cm 下、右ハ腸骨窩ヲ充シ、下ハ恥骨上枝ノ2cm 上、左ハ正中線ヲ超ユルコト1cm、表面ハ多少扁平凹凸性ニシテ一般ニ板狀硬ナルモ暗赤色ノ部ハ彈性軟ニシテ波動著明ナリ。此ノ周邊部ニ於テハ多少ノ壓痛アリ。腫瘤ハ深部ト移動性殆ンド無シ。

顆粒狀物ヲ鏡檢スルニ周圍ニ球菌狀ノ層ヲ有シ、菌絲狀網狀物ノ内層ヲ有スル放線狀菌群即チ Aktinomyces ノ Druse ナリ。血液像ニ變化ナクワ氏反應陰性。

レ線検査：腫瘤ハ盲腸壁ト關係無ク廻腸末端部ヲ圍ミ之ト密ニ癒着シ、廻腸ニ近キ小腸ハ一塊トナリ腫瘤ニ癒着ス。蟲様垂陰影ハ證シ得ズ。

診斷：廻盲部放線狀菌症

療法並ニ経過：波動部ヲ切開スルニ多數ノ Druse ヲ混ズル暗赤色血性濃厚ノ液ヲ出シ、内部ノ瘻ハ4ツニ分枝ス。腫瘤ニ對シテハレ線療法10% H.E.D. 2分間宛毎4日。分泌物及ビ Druse ノ排出ハ4日目ヨリ殆ンド見ズ。レ線照射5回ヲ經シ今日ニ於テハ硬結ハ入院時ノ約2/3ニ縮少セリ。

考察：本例ハ其ノ慢性経過、自覺症狀ノ缺如、板狀硬ニシテ其ノ中ニ軟化部存スルコト、移動性ノ缺如、殊ニ Druse ノ證明等ニ依リ廻盲部放線狀菌症ト診斷セラレシモ、レ線検査ニ依リ其ノ原發部位ハ廻腸末端ト認ム可キモノナリ。

廻盲部ニ慢性腫瘤存シ、先行スル疼痛發作ヲ認メズ且自覺症狀ヲ缺ク時ハ、結核、謨謨腫、癌等ト共ニ、放線狀菌症ヲモ考慮スベキモノト思ハル。

巨大ナル小網内副脾臓

長濱病院外科 長岡浩 (京都外科集談會昭和12年10月例会所演)
福知善雄

患者：51歳，男，農

主訴：上腹部ノ鈍痛並ビニ腫瘤

家族歴及ビ既往症：特記スベキモノナシ。

現病歴：約2ヶ年前ヨリ何等ノ誘因モナク、夜間時折上腹部ニ食餌ト關係ナク鈍痛ヲ訴ヘ、無痛性ノ腫瘤ヲ觸レルニ至ツタ。發病來食慾良好デ嘈雜、噯氣、惡心、嘔吐等ナク、通過障礙ハ全然ナイ。體重ハ減少セス、腫瘤ハ漸次増大スル如ク感ズ。

現在症：體格頑強、榮養中等。呼吸、脈搏其ノ他一般所見ハ全ク正常。便通ハ1日1行。糖尿陰性。血液ワ氏反應陰性。

局所々見(腹部)：視診上ニハ殆ンド正常。觸レルト劍狀突起ト臍トノ中央、正中線ヨリ一横指左側ニ横位トナレル雞卵大ノ腫瘤アリ。境界鮮明、表面比較的平滑、彈力性硬、呼吸時ニ固定シ得ラル、モ移動性ハ僅小ナリ。壓スルト僅カニ鈍痛ヲ訴フ。其ノ他淋巴腺ノ轉移ト思ハレルモノハ何處ニモ觸レズ。直腸膨大部正常。

レ線検査：腫瘤ハ胃ノ小彎側ニ位シ、直接幽門部ニ境シ、移動性僅小、胃大彎側ニハ蠕動運動明カナルモ小彎側ニ於テハ不鮮明ナリ。尙ホ通過障礙ハ全然ナク、又横行結腸トノ癒着モ認メラレズ。

診 斷：小彎側胃癌

手術所見：開腹スルニ胃ハ健常デ腫瘤ハ小網内ニ在リ、腫瘤ト胃小彎及ビ十二指腸起始部トノ間ハ小網ニヨル他直接ノ聯絡ナク又腫瘤ノ後方ニハ僅カニ指端ヲ挿入シ得ル程度ノ間隙ヲ以テ健常ナル脾臓前壁ヲ觸ル。超雞卵大、形狀密柑ニ類似シ、表面殆ンド平滑、出血斑ナク、タゞ其ノ前面中央部ニ瘢痕性收縮ニヨリ稍々陥凹セル灰白色部アリ。全體トシテ弾力性硬。周圍組織トノ癒着ナク、轉移モ認メズ。ソシテ上方及ビ左右夫々1 握餘宛移動可能ナリ。先ツ腫瘤前面部ノ試験標本ヲ切除シ、更ニ Marwedel 氏肋骨弓轉術ヲ行ヒテ腫瘤ノ摘出ヲ試ミタルモ出血ノタメ是ヲ斷念シ、ガーゼタンポンヲ施シテ腹壁ヲ閉塞ス。

經 過：輸血、Ringer 液注入等ヲ行ヒ極メテ徐々ニ、タンポンヲ除去シ、術後3週目ニ輕快退院ス。

試験標本：組織學的ニハ漿液膜下ニアル健康脾臓組織ニシテ明瞭ナル Langerhans 氏島ヲ認メル。惡性腫瘍乃至腸管組織ヲ思ハシメル像ヲ全然缺ク。

尿中、チアスターゼ¹反應：術後1週日目ノ値ハ2_g=256。

摘要：本例ハ最初胃癌ト思ハレタガ、結局小網内ニ在ツテ且ツ明瞭ナルラ氏島ヲ有スル巨大副脾臓デアツタノデアル。

副脾臓ハ既ニ今日ニ於テハ手術乃至剖檢ニ依ツテ多數發見報告セラレ、最近ニハ副島學士ニヨツテモ其ノ1 例ガ報告サレテキルガ、一般ニ其ノ大サハ精々胡桃大迄デアツテ、從ツテ之ガ臨床上腫瘍トシテ診斷サレタコトハ極メテ稀ナコトデ、一般ニ臨床的意義ハナイモノトサレテキル。然ルニ本例デハ上腹部腫瘤ヲ主訴トシ、殊ニ其ノ大サハ超雞卵大デアツテ、斯様ニ巨大ナルモノハ未ダソノ報告ニ接シナイ。

次ニ副脾臓ノ發生部位ハ其發生學的關係カラ腸壁、即チ空腸、廻腸或ハ十二指腸壁（腹側ニ多シ）等ガ最モ多ク、胃壁（大彎側ニシバシバ見ラル）之ニ次ギ、其ノ他 Meckel 氏憩室、臍ノ Ductus omphalo-mesentericus, Lig. Gastrocolicum, 腸間膜内等ガ擧ゲラレ、多クハ粘膜下層或ハ筋層内ニ1 箇又ハ數箇發見セラレルモノデアルガ、本例ノ如ク小網内ニ發見セルモノハ寡聞之ヲ知ラナイ。

要之本例ハ副脾臓トシテ其ノ大サ及ビ發生部位ヲ異ニシ、更ニ臨床的意義ヲ有スル點ニ於テ興味アルモノト考ヘラレル。

上行結腸々間膜症ヲ有シ且ツ強度ノ盲腸壁浸潤ヲ伴ヘル廻盲部重積症

長 岡 浩
長濱病院外科 福 知 善 雄 (京都外科集談會昭和12年10月例會所演)

患 者：12歳ノ男

主 訴：腹痛並ビニ惡心嘔吐ト上腹部ノ腫瘤

家族歴及ビ既往症：特記スベキモノハナイ。

現病歴：約10日前突然上腹部ニ非放射性ノ激痛ヲ來シ發作性ニ繰返シ惡心嘔吐ヲ伴ヒ、上腹部ニ腫瘤様ノモノヲ氣附クニ至ル。4 日前ニ下痢便ノ排出アリシモ、爾後便通ナク腹痛、惡心嘔吐ヲ繼續シ食慾頓ニ減退ス。腹部ノ膨滿感ナシ。

現在症：體格中等榮養稍々衰へ、脈搏1分時85、呼吸20、顔貌ハサシテ苦悶狀ナラズ、體溫、尿所見等正常。

局所々見(腹部)：劍狀突起ト臍ノ中央ニテ正中線ヨリ稍々左寄りノ部ノ腹壁ガ稍々膨起シ深呼吸ニヨリ

僅カニ上下ニ移動スルヲ觀ル以外ニハ蠕動不安其他ノ異狀ナシ。觸診スルニ一般ニ腹壁緊張ヲ證セズ、腹壁膨起部ニ一致シテ鷲卵大ノ腫瘤アリ。横ニ長ク境界ハ上下及ビ右方ニ明瞭、左方ニ不明瞭。硬度ハ弾力性軟、壓痛アリ、上下ヘノ移動可能ナルモ左右ヘハ不能。腸音ハ著明ナルモ鎖響性ナラズ。直腸膨大部ハ正常。

レ線検査： 經肛門ニ注入セル「バリウム」ハ脾彎曲マデ到ルモ其ヨリ上行セズ、腫瘤ノ境界不鮮明ナル部ニ一致シテ中絶ス。

診斷： 横行結腸重積症

手術所見： 開腹スルニ迴腸及ビ上行結腸ノ横行結腸内ヘ侵入セル腸重積症ニシテ、此ノ際上行結腸腸間膜症ガ認メラレタリ。侵入部ニハ著明ナル血行障礙アルヲ以テ之レヲ切除ス。

經過： 術後、輸血其他ノ處置ニ依リ次第ニ輕快、3週目ニ全治退院。

考察： 本例ハ迴盲部重積症デアツテ重積ガ高度トナリ、殊ニ先天性上行結腸々間膜症即チ Mesenterium ileo-colicum commune ヲ有セルタメ、恰モ横行結腸ノミノ重積症ノ如ク、正中線ヲ越エテ左方ニ比較的固定セル腫瘤ヲ觸シ誤診ノ原因トナツタモノデアル。

臨床診斷ト手術所見

結核性ト考ヘラレタル空腸上部狹窄症ノ1例

上 原 孫 作 (京都外科集談會昭和12年11月例會所演)

患 者： 24歳、女(昭和12年5/XI)

主 訴： 時々現ハレル嘔吐

現病歴： 本年15/VII暴食飲暴食ニ引續キ心窩部ニ鈍痛ヲ覺エ、熱感アリ、惡心、嘔吐、下痢ヲ來シ、斯カル症狀ハ1週間程ヲ去リ、以來粥食ヲ攝リ何等障礙無ク經過ス。10/X 正常食ヲ攝リシニ食後4時間ニシテ惡心ヲ覺エ大量ノ嘔吐ヲ來セリ。ソノ後殆ド規則的ニ4~5日隔キニ同様ノ嘔吐ガ起ル。嘔吐ノ來ル模様ハ、前日ヨリ腹部ニ緊張感ヲ覺エ、右季肋部ニ「グル」音ガ聞エ、右腹側ニ蠕動不穩ヲ感ズ。常ニ食後4時間ニシテ起リ、吐物ハ黄褐色ノ液體ニ僅カノ食物殘渣ヲ混ジ苦味酸性ナルモ、珈琲殘渣様物ヲ混ゼシコト無シ。發病來噯氣、吞酸、嘈雜等ノ苦惱ナシ。食思睡眠共ニ良好。便通ハ秘結ニ傾ク。著シク羸瘦セリ。

既往歴及ビ家族歴： 特記スベキモノ無シ。

現 症： 體格稍々小、骨格纖弱、榮養稍々衰へ、皮膚稍々蒼白。體溫上昇無ク、脈搏80、整ナルモ緊張稍々弱。右肺尖部打診上輕濁音ヲ呈シ、呼吸延長シ粗。

腹部一般ニ陷凹シ、心窩部瀰漫性ニ膨滿シ明瞭ニ蠕動波ヲ認ム。蠕動波ハ臍ノ右上部ニ特ニ著明、時ニ「グル」音ヲ發シテ消失ス。觸診上抵抗モ腫瘤モ觸レズ。Stoss palpation ニテ心窩部ニ plätschergeräusch ヲ聞クノミ。直腸膨大部異常擴張ヲ認メズ。

血液所見： 赤血球數317萬、ヘモグロビン含有量43(ザーリ)、白血球數6400、大淋巴球3、小淋巴球37、合計40%。即チ貧血ト相對的淋巴球增多症ヲ示ス。

赤血球沈降速度： 中等價25.5デ稍促進。

胃液検査： 前、後液共ニ游離鹽酸、總酸度共ニ正常、消化良好。

十二指腸液検査： 粘液ヲ多量ニ混ズルモ、前後液共潛血反應陰性。

糞便潛血反應： 「ペンチデン」, 「グアヤク」共ニ陽性。